

Fernández Elizate, Carlos

Sociología y Trasplante de órganos, tejidos y células: A 10 años del "Programa Federal de Procuración" Políticas Públicas y Trasplante

VII Jornadas de Sociología de la UNLP

5 al 7 de diciembre de 2012

CITA SUGERIDA:

Fernández Elizate, C. (2012) Sociología y Trasplante de órganos, tejidos y células: A 10 años del "Programa Federal de Procuración" Políticas Públicas y Trasplante [en línea]. VII Jornadas de Sociología de la UNLP, 5 al 7 de diciembre de 2012, La Plata, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1888/ev.1888.pdf

Documento disponible para su consulta y descarga en **Memoria Académica**, repositorio institucional de la **Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FaHCE)** de la **Universidad Nacional de La Plata**. Gestionado por **Bibhuma**, biblioteca de la FaHCE.

Para más información consulte los sitios:

<http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar> <http://www.bibhuma.fahce.unlp.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia 2.5 de Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5

Ponencia 1

VII Jornadas de Sociología – UNLP

Sociología y Trasplante de órganos, tejidos y células:

A 10 años del "Programa Federal de Procuración" Políticas Públicas y Trasplante

Autor: Fernández Elizate, Carlos – INCUCAI - cfernandeze@incucai.gov.ar

Desarrollo:

Una breve introducción necesaria

La Donación y trasplante de órganos, su instalación en la sociedad en general y en el escenario de la salud pública en particular, se impuso definitivamente en la última década del siglo XX, a partir del descubrimiento de las drogas inmunosupresoras (que inhibe el rechazo del órgano ajeno en el cuerpo del receptor).

A lo largo del siglo mencionado, fue superando una a una todas las imposiciones biológicas y técnicas que se le fueron presentando, hasta llegar a constituirse en una práctica frecuente, habitual, y como último recurso de vida para determinadas patologías.

Brevemente expondremos los hitos que hicieron posible la habitualidad de esta práctica:

- Descubrimiento de la técnica de sutura de vasos sanguíneos y nerviosos (1910)
- Descubrimiento de los grupos sanguíneos (1930)
- Descubrimiento del sistema inmunogenético (1960)
- Síntesis de la medicación inmunosupresora (1976)
- La detección, asimiliación y acreditación a nivel cinético internacional del diagnóstico de "muerte bajo criterios neurológicos", conocida también como "muerte encefálica" o "muerte cerebral", determinada por Goulón y Malloret (1954) nominada

“coma dépassé” formaliza una situación clínica irreversible de afuncionalidad cerebral conciente, que no obstante, por un corto período de tiempo medible en horas, no inactiva las funciones biológicas inconcientes (o autónomas) no dependientes del cerebro sino del tronco encefálico, permitiendo por ese breve lapso la irrigación y consecuente oxigenación de los órganos sólidos.

La contundente aceptación de este criterio de muerte, instala el marco científico, jurídico y bioético aporta el soporte necesario para disponer entonces por ese breve período de tiempo de los órganos para trasplante. Vale la extensión de este logro por las implicaciones y mitos que luego generaría en la sociedad (entendiendo la donación de órganos como un “Hecho Social”).

Hacia la institucionalización

Considerada como “enfermedad catastrófica” por su alto costo y su baja incidencia, luego de superado su período experimental, el Estado toma intervención en su acción normatizadora, reguladora y punitiva en todo el territorio nacional, creándose en el año 1979 la primera institución pública responsable del tema.

En consonancia y diálogo permanente con los países más avanzados del mundo, comenzó a construirse el sofisticado plexo “hiper articulado y multi institucional” (M. Testa) que hoy conforma el Sistema Argentino de Procuración y Trasplante de órganos, tejidos y células.

El decenio 2003-2012 marca un período particular en la historia del trasplante en Argentina, cuyo eje vertebrador y ordenador estratégico de sus acciones ha sido el “Programa Federal de Procuración”, verdadera bisagra histórica en el tema y que marca un verdadero giro copernicano de la actividad en nuestro país, y que pretende ser el eje discursivo del presente trabajo.

Imaginado ya desde finales del decenio anterior, es a partir del reordenamiento estatal ocurrido a partir del 25 de mayo de 2003 en que comienza a desplegarse, con todo el apoyo gubernamental y, a través del Ministerio de Salud, como política sanitaria central

en esta rama de la Salud Pública, alcanzando su pleno vigor de instalación en el mes de septiembre de 2003.

Presentado como respuesta sanitaria al amesetamiento en los resultados por el agotamiento de las posibilidades de los anteriores “modos de acción”, fuertemente centralizados, en los que los centros de producción del insumo básico indispensable para esta práctica (la procuración de órganos y tejidos) representaban en la práctica un rol secundario, pasivo, invisibilizado y sujeto a las inestabilidades inherentes a las problemáticas propias de los escenarios locales (jurisdiccionales). Este “Programa Federal de Procuración” invierte las ecuaciones existentes posicionando a estos actores e instituciones en el centro de la escena, demostrando la potencia y atinencia del mismo a través de los resultados obtenidos.

Entre sus concreciones centrales se destacan:

La creación de la Comisión Federal de Trasplante (Cofetra), comisión integrada por los representantes de las 24 jurisdicciones político administrativas del país, cúpula profesional del tema encargada de llevar adelante los debates y consensos que, elevados como sugerencias o propuestas a la Comisión Federal de Salud, adquirirán estatura legislativa y normativa de la actividad en todo el territorio nacional;

El rol protagónico establecido al Coordinador Hospitalario de Trasplante, profesional que actuando dentro de las unidades hospitalarias de categoría A 1 (las que prestan servicio de neurología y neurocirugía) detectan precozmente las patologías con posible desenlace en muerte encefálica (único diagnóstico de muerte pasible de proporcionar órganos para trasplante) en base a estrictos protocolos de seguimiento y capacitados en el mantenimiento del potencial donante hasta el momento de las ablaciones.

La efectivización de transferencia de recursos y equipamiento a las provincias en virtud de fortalecer la infraestructura y los insumos, reactivos e instrumental para la disposición “in situ” en tiempo y forma necesarios para los procesos de obtención, distribución y traslado de órganos y tejidos;

El fortalecimiento jurídico institucional de los organismos provinciales de trasplante (estableciendo los mecanismos administrativos necesarios para su financiamiento autárquico, homogeneizando leyes provinciales y nacionales,);

La capacitación del recurso humano profesional, técnico y administrativo, conforme a los estándares más rigurosos del escenario internacional;

La propuesta, el debate público y la posterior sanción de la Ley 26066 (conocida como la “Ley del donante presunto”), que concede al Estado la disposición de órganos y tejidos de pacientes fallecidos en el caso que éstos no hubieren manifestado explícitamente en vida la negativa a la donación:

Si bien el Programa Federal de Trasplante comienza a desarrollarse en el 4º trimestre del año 2003, es a partir del año 2004 que los mecanismos para el relevamiento de datos se fortalece y se puede considerar a ejercicio completo; con el mismo razonamiento se considera el año 2012 incompleto, por tanto metodológicamente se relevan y presentan datos a ejercicios completos, del 2004 al 2011.

Este “Programa Madre” fue dando origen a otra serie de políticas públicas ordenadas mediante los programas “Programa de Calidad-Hospital Donante”, “Detección precoz de Insuficiencia Renal Crónica” y “Estrategia de Comunicación Hospitalaria” como más destacados.

El “Programa de Calidad-Hospital Donante”, apunta a formar y capacitar al personal de las unidades sanitarias e incluir la procuración y el trasplante de órganos, tejidos y células como indicador de calidad en la gestión hospitalaria.

El Programa de “Detección precoz de Insuficiencia Renal Crónica” apunta a una detección precoz de dicha patología con el objetivo de su tratamiento en los primeros estadios evitando de este modo un eventual agravamiento que culmine en la indicación de trasplante, dada la extensa Lista de Espera y la escasa disponibilidad de órganos para trasplante con relación a esta última.

El Programa “Estrategia de Comunicación Hospitalaria”, producto de años de estudio sobre el tema, apunta a la transmisión mediante la capacitación a los actores sustantivos de un contenido comunicacional eficaz en el momento del acompañamiento en el duelo y la consecuente entrevista para la donación de órganos en la unidad hospitalaria.

Los resultados de la puesta en acto de estas políticas públicas son elocuentes: en 10 años de gestión se ha duplicado la cantidad de órganos procurados y de trasplantes realizados; asimismo la mejora continua de las herramientas de control han duplicado la posibilidad de acceso a Lista de Espera para trasplante.

Datos de procuración en valores absolutos

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
DR	299	403	406	455	486	519	500	583	604
OP	813	1.088	1.111	1.262	1.395	1.553	1.443	1.640	1.720
TP	1.397	1.637	1.745	1.832	2.012	1.910	1.630	1.827	1.902
DCPH	3.859	7.488	6.939	6.442	7.069	7.478	6.813	7.621	8.368

DR: Donantes Reales

OP: órganos procurados

TP: Tejidos Procurados

DCPH: Donantes inscriptos de Células Progenitoras Hematopoyéticas

Fuente: Sintra

Federalización con transferencia de recursos

Cuadros de presupuestos

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1	293.500	314.000	340.000	379.200	386.600	396.700	436.400	466.200
2	10,8	12,8	19,0	21,3	26,9	33,1	42,5	53,7
3	2,23	2,23	2,51	3,66	4,05	5,07	5,51	6,65
4	0,004	0,004	0,006	0,005	0,007	0,008	0,010	0,011
5	20,65	17,42	13,22	17,23	15,06	15,32	12,96	12,38

- 1- PBI - en millones de pesos - (Fuente: INDEC)
- 2- Presupuesto Ejecutado Incucai (en millones de pesos – Fuente Incucai)
- 3- Transferencia a Provincias (en millones de pesos - Fuente Incucai)
- 4- Presupuesto Ejecutado Incucai en % del PBI
- 5- Transferencias a Provincias en % del Presupuesto Ejecutado Incucai

En el cuadro se aprecia con toda claridad en primer término el incremento en el PBI nacional.

Se visualiza asimismo en segundo término el incremento en el presupuesto ejecutado por el Instituto, que se quintuplica en 8 años.

Vemos en tercer lugar cómo se incrementa de manera ininterrumpida, triplicándose la transferencia de recursos a las jurisdicciones en valores absolutos.

En cuarto término se observa el incremento (triplicándose) en el % del presupuesto ejecutado por el Incucai, en función del PBI nacional

Por último, a partir de la consolidación de los sistemas provinciales, producto de la fuerte transferencia inicial de recursos, la misma va disminuyendo porcentualmente a partir de crearse y fortalecerse el sistema de recuperación de costos de procuración en todas las jurisdicciones del territorio nacional.

Visión actual

Articulando los Programas de Desarrollo impulsados por el Ministerio de Salud de Nación y los programas propios (Plan de Desarrollo de Trasplante Renal, Programa de Calidad – Hospital Donante y Estrategia de Comunicación Hospitalaria), se potencia y refuerza la acción del Estado en su intervención en la temática trasplantológica.

De ello se ha derivado la ampliación y mejora edilicia en los centros sanitarios calificados, la provisión y mejoramiento en equipos, la instalación de laboratorios de histocompatibilidad (con su equipamiento, reactivos y personal) y la capacitación del Recurso Humano, todo ello graduado conforme al cumplimiento de metas previamente programadas.

Toda esta implementación y puesta en acto de este plexo de Políticas Públicas puede ser evaluada en los resultados alcanzados a lo largo de estos años de implementación del Programa Federal de Procuración, que se traducen en el significativo incremento de donantes, de órganos, tejidos y células procurados, de trasplantes realizados, de la creciente participación y acción de los hospitales públicos en la práctica trasplantológica, alcanzando la República Argentina los mayores índices (tanto de procuración como de trasplante) en América Latina.

Argentina en la región

Tasa de DR por millón de habitantes (pmh) en Latinoamérica

•	<u>Argentina</u>	15,1
•	Uruguay	14,4
•	Colombia	12,3
•	Brasil	11,4
•	Cuba	9,9
•	Chile	5,4
•	México	2,0

Argentina en el mundo

Tasa de DR pmh

•	España	34,4
•	Italia	21,3
•	Francia	24,1
•	U.S.A	24,0
•	<u>Argentina</u>	<u>15,1</u>

Perspectivas

La posición de vanguardia en la que los resultados que se presentan del desarrollo de la temática y práctica de procuración y trasplante de órganos, tejidos y células en la República Argentina hacen de referencia necesaria tanto en técnicas referidas a la actividad sustantiva como a los aspectos organizacionales, financiadores y legales en la materia.

Paralelamente al avance en el desarrollo de instituciones de organización económica y política sub continental (Mercosur, Unasur, Celac) se profundiza y extiende el rol de nuestros profesionales como irradiadores de conocimiento y experiencia, en forma de encuentros de capacitación en técnicas propias de la actividad sustantiva como en técnicas y contenidos de la comunicación en contextos hospitalarios y en terapias intensivas.

El incremento sostenido en la procuración de órganos, tejidos y células, que conlleva el aumento en el número de trasplantes y de infusiones de células progenitoras hematopoyéticas como primeros indicadores de la concepción y aplicación por parte del Estado Nacional de un programa capaz de dar respuesta a un problema sanitario (calificado como “enfermedad catastrófica” por su altísimo costo y su baja incidencia) han ofrecido la dirección y el impulso necesario para la puesta en marcha de programas derivados que apuntan fundamentalmente a la instalación de la procuración y el trasplante como prácticas hospitalarias habituales, y a la detección precoz de las enfermedades producto de Insuficiencias Renales Crónicas, permitiendo su tratamiento

en etapas tempranas evitando de esta manera el diagnóstico extremo del trasplante como terapéutica en función de la escasa disponibilidad de órganos para trasplante en función de la demanda (cerca del 85 % del total de trasplantes son renales, así como la gran mayoría de pacientes en Lista de Espera).

Conclusión

Como conclusión general, se verifica que desde la puesta en acto del PFP se han fortalecido los organismos jurisdiccionales, se ha incrementado notoriamente la procuración y el trasplante, se ha actualizado la legislación, las normas y procedimientos, se trabaja fuertemente en la instalación intrahospitalaria de la temática, así como la homogeneización normativa, técnica y científica entre los organismos regionales mencionados.

Si bien continúa siendo significativa (en términos absolutos y relativos) la brecha que separa la necesidad de su satisfacción, la misma nos muestra una tendencia descendente aunque todavía los desafíos son múltiples y cada vez más específicos en su abordaje y propuestas de resolución.

Es de destacar que, en tanto políticas públicas, se instalan en agenda desde el núcleo duro del sistema trasplantológico estatal a partir del debate de las instituciones y los actores centrales de cada uno de los procesos.

Cabe resaltar también la incorporación periódica y sistemática de mecanismos y acciones institucionales de evaluación de resultados

Si bien, y sin duda, lo expuesto es acotadísimo y describe sólo algunos aspectos parciales de la temática en su conjunto, extenderse en demasía traspasa los límites fijados para el presente trabajo.

La Investigación Social hizo su modesto aporte en un trabajo que determinó con toda claridad la débil-nula correlación existente entre la difusión audiovisual del tema por los medios masivos de comunicación a lo largo y ancho del país (resultados que se

condicen con los escasísimos trabajos al respecto sobre todo en España, estado líder en procuración y trasplante en el mundo.

El corolario de dicho trabajo puso en valor incuestionable el rol del Coordinador Hospitalario de Trasplante (descrito anteriormente) y hacia su formación y capacitación se destinó el grueso de los recursos. Los resultados están a la vista.

Trabajos posteriores focalizaron aún más que la verdadera problemática se instala al interior del sistema sanitario, y en función de ello se han creado y puesto en acto los nuevos programas en desarrollo.

Cabe insistir en la demanda de la participación de la Investigación Social como herramienta indispensable para el mantenimiento y profundización de la eficiencia de estos programas, así como para la detección de nudos críticos en los procesos tanto de la actividad sustantiva como en el plexo organizacional y la articulación administrativa y de gestión de las actividades de apoyo.

Bibliografía: Ley 26066

Memorias INCUCAI

Manuales Institucionales de Protocolos de Intervención

Manuales Institucionales de Buenas Prácticas

Documentos, Disposiciones y Resoluciones varias Incucaí

Argibay, P. (1997) – “Cortar y pegar, Trasplante de órganos y reconstrucción del cuerpo humano – UNQui (Editorial) – SXXI Editores – Bs. As. Argentina

Dobrosky. G. (2005) “Donación de Órganos y subjetividad, la escena de la muerte encefálica y la procuración de órganos y tejidos para trasplante” – De la Campana – La Plata – Argentina

Freidin, B. (2000) “Los límites de la solidaridad” La donación de órganos, condiciones sociales y culturales – Ed. Luminère – Bs. As. – Argentina

Otras fuentes: www.incucai.gov.ar

Trabajos varios presentados en los Congresos de la AAPROTT

(Asociación Argentina de Procuración de Órganos y Tejidos para

Trasplante – Años 2005 a 2010 -

